



**LÁZARO MARTÍN SUÁREZ**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA COM OS USUÁRIOS QUE  
APRESENTAM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA  
COMUNIDADE ITAPUÃ I – PLANALTINA DE GOIÁS/GO**

**CAMPO GRANDE/MS**

**2014**

**LÁZARO MARTÍN SUÁREZ**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA COM OS USUÁRIOS QUE  
APRESENTAM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA  
COMUNIDADE ITAPUÃ I – PLANALTINA DE GOIÁS/GO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como  
requisito para obtenção do título de Especialista em  
Atenção Básica em Saúde da Família, Orientadora:  
Profa. Ms. Marta de Melo Oliveira e Silva

**CAMPO GRANDE/MS**

**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu filho, meu amor maior, que esteve sempre ao outro lado, entendendo-me nos momentos de ausência, dando-me apoio e carinho;

Dedico este trabalho a vocês que sempre me fizeram acreditar na realização de meus sonhos e trabalharam muito para que eu pudesse realizá-los, meus pais, exemplo de amor incondicional;

Dedico este trabalho a todos os que, direta ou indiretamente, deixaram pequenas marcas na minha vida e que com elas contribuíram para fazer de mim a pessoa que eu sou hoje.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por seu infinito amor de ter me concedido momentos de paz e luz, o que favoreceu a elaboração deste trabalho.

A tutora Marta de Melo pelo apoio e dedicação, pelos valiosos ensinamentos e colaboração sobre a temática deste trabalho, bem como, pelas sugestões e críticas às versões preliminares do manuscrito;

A todos as pessoas envolvidas no projeto, que de alguma forma contribuíram para que a execução deste projeto fosse possível;

A colega de trabalho, Lázara Lopez Piloto pela sua ajuda preciosa, disponibilidade constante, amizade inestimável e junto de quem sempre encontro um lugar de partilha tão reconfortante;

Ao Programa Mais Médicos por deixar uma experiência importante em minha vida profissional.

## RESUMO

A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Na ESF 10 do município de Planaltina de Goiás, foi proposta uma educação em saúde comunitária com os usuários que apresentam hipertensão arterial sistêmica por meio de formação de grupos para aumentar o conhecimento sobre hipertensão arterial. Em nossa área de abrangência temos muitos pacientes com hipertensão arterial, a amostra foi composta por 90 pacientes (n=90) sendo realizada uma pesquisa onde foi identificada a necessidade de que eles adquiram mais conhecimentos sobre a doença. Como resultado espera-se mudanças conscientes nos hábitos de vida do grupo, com o controle dos fatores de risco, tabagismo, obesidade e dieta, maior adesão ao tratamento, diminuição do uso de medicamentos, redução da demanda na atenção básica e nos serviços de urgência, bem como das internações por complicações da doença hipertensiva.

**Palavras-chave:** Educação em saúde; Hipertensão Arterial sistêmica; Prevenção Primária.

## **ABSTRACT**

Health education is important to increase adherence to treatment and the control of patients with hypertension, associated to the self-control of blood pressure, physical activity and diet. The better understanding of the diseases is related to an improvement in quality of life, decrease in the number of decompensations, fewer hospital admissions, and better acceptance of the disease. ESF 10 in the municipality of Planaltina of Goiás, an education in community health with users who have hypertension by forming groups to increase awareness of hypertension was proposed. In our catchment area have many patients with hypertension, the sample consisted of 90 patients (n = 90) a survey where we identified the need for them to acquire more knowledge about the disease being performed. As a result it is expected conscious changes in lifestyle group, with the control of risk factors, smoking, obesity and diet, better treatment adherence, decreasing drug use, reducing the demand factors in primary care and emergency departments well as hospitalizations for complications of hypertensive disease.

**Keywords:** health education; Hypertension; Primary Prevention.

## SUMÁRIO

<b>1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....</b>	<b>07</b>
<b>1.1 Introdução.....</b>	<b>07</b>
<b>1.2 Objetivos: Geral e Específicos.....</b>	<b>10</b>
<b>2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>31</b>

# 1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

## 1.1 Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada por um aumento contínuo no número de pressão do sangue nas artérias, é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral, doença cardíaca isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal, e doença das artérias, incluindo aneurisma da aorta e insuficiência arterial periférica.<sup>1</sup>

Em todo o mundo estima-se que 691 milhões de pessoas sofrem de pressão arterial elevada (hipertensão). Dos 15 milhões de pessoas com doenças do aparelho circulatório 7,2 milhões apresentam doença coronária e 4,6 milhões doença cardiovascular, a hipertensão está presente na maioria dessas pessoas. Em muitos países, a prevalência é de 15 a 30%. A frequência da pressão arterial aumenta com a idade, após os 52 anos 50% da população sofre desta doença.

Nos Estados Unidos, existem mais de 50 milhões de hipertensos. No Brasil, os estudos de prevalência da hipertensão arterial são poucos e não-representativos, mas mostram alta prevalência, variando de 22% a 44%.<sup>2</sup>

A hipertensão está associada com morbidade significativa e alta mortalidade, por isso, é considerada como um dos mais importantes problemas de saúde pública, especialmente nos países desenvolvidos, afetando quase um bilhão de pessoas no mundo. A hipertensão é uma doença assintomática e de fácil detecção, por isso deram o rótulo de "inimigo ou assassino silencioso", no entanto, apresenta-se com complicações graves e letais.<sup>3</sup>

Apesar de não haver limite restrito para definir a fronteira entre risco e segurança, de acordo com o consenso internacional, a pressão sistólica sustentada acima de 139 mmHg ou pressão diastólica contínua superior a 89 mmHg estão associados com um aumento mensurável de risco da aterosclerose e, portanto, é considerada clinicamente significativa hipertensão.<sup>4</sup>

Além disso, a hipertensão é provavelmente a doença crônica mais facilmente diagnosticável, apesar de muitas pessoas não apresentarem sintomas, mas, com um bom exame físico nos permite detectar elevações anormais da pressão arterial e



chegar a um diagnóstico com segurança. Isto também implica a possibilidade de medidas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas, através do controle da pressão arterial em indivíduos hipertensos e medidas diretas de prevenção, como mudança de estilo de vida incluindo dietas saudáveis, aumento da atividade física, abandono de hábitos tóxicos como o tabagismo e redução de peso em pacientes com sobrepeso e obesidade.<sup>5</sup>

No momento, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um fator suscetível de controlar através de tratamento medicamentoso. No entanto, tem-se observado a presença de altas pressões, mesmo sob efeitos controlados deste tratamento. Há várias explicações possíveis, o comportamento dependente e a adesão do paciente, indicação médica, efeitos adversos de medicamentos, fatores biológicos relacionados à doença em si, como refratariedade e variabilidade entre os indivíduos, e os fatores de risco psicossociais tais como depressão, ansiedade e estresse. As faltas de cumprimento das medidas não farmacológicas, baseado no controle dos fatores de risco, também podem causar resistência.<sup>6</sup>

A prevenção da hipertensão arterial é a medida mais importante e menos dispendiosa de saúde universal. Melhorias na prevenção e no controle da pressão arterial (PA) é um desafio para todos os países e deve ser uma prioridade para as instituições de saúde, população e governo.

Ao executar uma estratégia de intervenção por meio de promoção e educação sobre os fatores de risco associados à hipertensão, principalmente falta de exercício, níveis inadequados de lipídios no sangue, elevada ingestão de sal, tabagismo, álcool e obesidade, podemos diminuir a pressão arterial média da população.<sup>7</sup>

Acredita-se que ambos os fatores ambientais e genéticos contribuem para a hipertensão. A pressão arterial tende a aumentar com a idade. Também é mais provável de ocorrer se a pessoa é obesa, tem uma dieta rica em sal e pobre em potássio, bebe grandes quantidades de álcool, não realiza atividade física e apresenta estresse psicológico. Embora seja claro que a tendência para a hipertensão pode ser herdada, mas em grande parte os fatores genéticos responsáveis por isso são desconhecidos.<sup>8</sup>

Estudos mostram que a atividade física regular reduz o risco de hipertensão e doença cardiovascular (DCV), bem como proporciona outros benefícios. Há um fenômeno conhecido como hipotensão pós-exercício (HPE). São diminuições nos níveis de pressão arterial que ocorrem imediatamente após a atividade física,

provavelmente a redução na pressão arterial associada ao exercício é devido a este fenômeno.<sup>9</sup>

Um aspecto que tem sido destaque nos últimos tempos é a importância da hipertensão arterial em mulheres. De fato, a Organização Mundial de Saúde (OMS) observou recentemente que as doenças cardiovasculares não é apenas um problema de saúde para os homens, e 16,5 milhões de mortes que ocorrem a cada ano devido à hipertensão, são em mulheres.<sup>10</sup>

Esta declaração é mais importante, se você considerar que as doenças cardiovasculares que afetam as mulheres, como já foi demonstrado, não são uma consequência inevitável do envelhecimento, e que as medidas de prevenção, tais como o exercício físico, dieta adequada, as mudanças no estilo de vida e eliminação dos principais fatores de risco aterogênico, como tabagismo, sedentarismo, obesidade e estresse, entre outros, além de sua detecção precoce, influenciam positivamente a saúde e a qualidade de vida das mulheres no climatério e menopausa.<sup>11</sup>

Dado que muitas das manifestações da síndrome do climatério, como dor de cabeça, ondas de calor, ansiedade e depressão, entre outros, são considerados manifestações graves de estresse, e esta tem sido identificada como um importante fator relacionado à hipertensão arterial.<sup>12</sup>

Diante os atendimentos realizados no Programa Saúde da Família 10, localizado na Quadra 19, casa 24, bairro Itapuã I, na cidade de Planaltina/GO, que atende à população que vive nos bairros Itapuã I, Paineiras e Parque de Gavia, observou-se que um total de 365 usuários do serviço de saúde é hipertenso (31%). Outro dado importante é que na maioria dos casos a doença não estava controlada e os usuários não tinham um acompanhamento assistencial regular.

Os mesmos compareciam a unidade de saúde na primeira semana de cada mês para marcar retorno ao médico, sem sucesso, ficando muitas vezes sem o acompanhamento e medicação, apesar da gravidade da doença.

Diante desses problemas vi a necessidade em desenvolver um trabalho junto aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, através de ações educativas e palestras, enfocando a importância na adesão ao tratamento.

## **1.2 Objetivos**

### **Objetivo geral:**

Realizar intervenções educativas e terapêuticas com os usuários que apresentam hipertensão arterial sistêmica.

### **Objetivos Específicos:**

- 1- Determinar as variáveis sociodemográficas do grupo de estudo;
- 2- Identificar os fatores de risco de hipertensão arterial presente no grupo de estudo;
- 3 - Identificar o grau de informação dos usuários que apresentam hipertensão arterial sistêmica acerca desta doença;

## 2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

Planaltina é um município brasileiro do estado de Goiás, sua população é de 81.649 habitantes. Localizado a cerca de 20 quilômetros da região administrativa de mesmo nome, e a 63 quilômetros de Brasília. O município de Planaltina, apesar de ser relativamente novo, tem uma história que se confunde com a de Brasília e inúmeros problemas sociais em consequência do excesso populacional e da falta de critérios na sua ocupação. Com a mudança da capital federal do Rio de Janeiro para Goiás, parte do município goiano de Planaltina, que já existia há 100 anos, ficou fora do quadrilátero estabelecido para o Distrito Federal.

As características geográficas são uma área 2.539,113 km<sup>2</sup>, uma densidade 38,8 hab./km<sup>2</sup> de clima tropical e fuso horário UTC-3. A economia é baseada em agricultura, milho, mandioca e frutas cítricas, criação de gado, serviços, administração pública, e pequenas indústrias. Planaltina possui apenas um hospital público e outro particular, que atende também pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 27 Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF 10, está localizada na Quadra 19, casa 24, bairro Itapuã I na cidade de Planaltina/GO, tem em sua área de abrangência 3 bairros, Itapuã I, Paineiras e Parque da Gavia além de 6 micro áreas, todas cobertas por agentes comunitários de saúde. A referida unidade de saúde apresenta bom estado estrutural, é distribuída em recepção, consultório de enfermagem, consultório médico, sala de vacina, sala de triagem e curativo, sala de esterilização do material de curativo, farmácia, sala de espera e três sanitários.

A equipe multiprofissional é formada por uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem, uma faxineira e seis agentes comunitários de saúde (ACS). A ESF realiza atendimentos diversos como puericultura, pré-natal, preventivo, atendimento à mulher e ao homem, planejamento familiar e outros.

Diversas publicações têm reportado em diferentes países, a importância de programas educativos para promover maior adesão ao tratamento, resultando em melhor controle da hipertensão arterial, em nosso meio, possuímos um número pequeno de publicações que relatam esse tipo de estudo e, quando o fazem, incluem grupos pequenos de pacientes, com acompanhamento de curto prazo, embora apontem resultados favoráveis.<sup>13,14</sup>

Além disso, os estudos referem-se a intervenções que se limitam a um elenco de conferências, sobre informações a respeito da doença, suas complicações e os cuidados que elas demandam.<sup>15,16</sup> Não há trabalhos mostrando intervenções na educação do autocontrole da doença nem sobre seguimento regular, vinculado as consultas médicas e à garantia do fornecimento da medicação. É possível que somente em serviços de saúde em que o agendamento de consultas possa ser determinado pelo agente da intervenção, seja possível realizar esse tipo de trabalho, em função da dificuldade em se manter um grupo de pacientes em acompanhamento por meses, quando a procura por consultas seja determinada pelos pacientes.<sup>17,18</sup>

O projeto será desenvolvido no período de Junho a Outubro 2014, em diferentes locais do Distrito: Micro-áreas, ESF, Igrejas, escolas. As atividades desenvolvidas nas micro-áreas ficarão sobre a responsabilidade dos agentes comunitários de saúde (ACS) previamente capacitados os quais devem garantir as condições dos locais. Em parceria com as escolas locais foi estabelecido o formato e duração das ações educativas, conteúdo e horário para desenvolver a estratégia de educação em massa para o restante da população, visando o aumento do conhecimento público sobre os fatores de risco, estilos de vida e alimentação saudável, ampliando o alcance da intervenção e adesão aos tratamentos.

Este Projeto de Intervenção (PI), contará com a participação de 90 usuários hipertensos maiores de 15 anos, residentes na área de abrangência da ESF-10, considerando que alguns apresentam duas ou mais condições de risco associadas.

A mostra foi selecionada aleatoriamente por micro áreas utilizando entrevista e consulta aos usuários, além da utilização dos prontuários com história pessoal e familiar de HAS e os fatores de risco para esta doença.

Fica muito claro diante do exposto que este projeto pode ser confrontador devido à amplitude das ações requeridas à equipe de saúde da família frente às propostas sensibilizadoras constantes no mesmo. O impacto será positivo, caso haja adesão da equipe para execução de uma melhor atenção a estes pacientes, sendo fundamental para tanto o estabelecimento de mudanças no processo de trabalho da unidade no que tange à promoção de saúde para portadores de HAS.

O Projeto de Intervenção foi dividido em três fases:

## **Fase 1: diagnóstico e seleção dos usuários que participarão do projeto de intervenção:**

Será feita uma lista com os nomes, sobrenomes e endereços de todos os pacientes e durante uma visita domiciliar, será explicada o propósito da intervenção. Aos que aceitarem participar faremos um levantamento inicial que permitirá obter dados gerais de cada paciente e o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial, de acordo com o pré-teste.

Para seleção, será adotado como critérios de inclusão: serem usuários de ambos os sexos; apresentarem diagnóstico médico de hipertensão arterial; estarem cadastrados e acompanhados no programa de hipertensão da unidade e estarem conscientes e orientados a respeito do projeto.

Discrimino abaixo o cronograma de realização do PI:

### **Cronograma de atividades, Fase 1.**

<b>Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Quando</b>
Atendimento individual para selecionar o grupo de estudo.	Equipe de saúde da família.	Junho 2014
Entrevista durante consulta individual com os usuários selecionados para apresentar a proposta e obter consentimento.	Equipe de saúde da família.	Junho 2014
Formação do grupo de trabalho com a equipe de saúde e os usuários selecionados.	Equipe de saúde da família.	Junho 2014

## **Fase 2: intervenção educativa:**

Uma vez analisados os resultados traçaremos a estratégia educativa conforme anexo. A intervenção será realizada uma vez por semana para cada turma das 16 às 17 horas. Serão realizados cinco encontros para o desenvolvimento das ações educativas.

Para facilitar a execução das ações dividiremos o grupo em seis subgrupos de 15 pessoas, no qual, cada profissional será responsável pelo desenvolvimento de

metodologias participativas junto ao público alvo. Onde poderão ser utilizadas diversas abordagens, como; palestras, discussão grupal, demonstração de recursos pedagógicos, etc, O local de realização serão Distrito, Micro-áreas, ESF, igrejas, escolas.

## Cronograma de atividades, fase 2.

O QUÊ	TEMA	COMO	QUANDO	QUEM	ONDE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA	Introdução	Conversa	1ª terça-feira do mês de julho	Médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, ACS.	Micro-áreas, ESF, Igrejas, escolas.
	Conceito, Classificação e epidemiologia da HAS	Palestras, discussão grupal, demonstração, etc.	2ª terça-feira do mês de julho	Médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, ACS.	Micro-áreas, ESF, Igrejas, escolas.
	Principais fatores de risco para HAS	Palestras, discussão grupal, demonstração, etc.	3ª terça-feira do mês de julho	Médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem	ESF e nas visitas domiciliares
	Importância do cumprimento do Tratamento não farmacológico	Palestras, discussão grupal, demonstração, etc.	4ª terça-feira do mês de julho	Médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem	USF e nas visitas domiciliares
	Importância do cumprimento Tratamento farmacológico	Palestras, discussão grupal, demonstração, etc.	5ª terça-feira do mês de julho	Médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem	USF e nas visitas domiciliares
	Principais complicações da HAS	Palestras, discussão grupal, demonstração, etc.	1ª terça-feira do mês de agosto	Médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem	USF e nas visitas domiciliares

### **Fase 3: de avaliação:**

Dois meses depois após a intervenção será aplicado o pós-teste onde será avaliado o conhecimento adquirido através do processo de intervenção. A avaliação será aplicada pela técnica de enfermagem e ACS.

Os resultados das ações educativas serão avaliados levando-se em conta os seguintes itens positivo/negativo e interessante (PNI). Os participantes deverão marcar um X só na opção que considerarem corretas em cada questão. Os valores das questões serão avaliados pelo número de respostas certas. O resultado da pesquisa será avaliado da seguinte forma:

- Menor de 33 % de respostas certas: avaliação será considerada ruim.
- Entre 33 % e 66 % de respostas certas: avaliação será considerada regular.
- Maior de 66 % de respostas certas: avaliação será considerada boa.

### **Cronograma de atividades, fase 3.**

<b>Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Quando</b>
Avaliação parcial dos resultados.	Equipe de saúde da família e pacientes participantes do grupo.	Outubro 2014

### **Resultados Esperados**

Ao final desse estudo espero que, para um melhor controle dessa patologia é necessário à adesão do paciente ao tratamento, já que a HAS é uma doença crônica.

Para um direcionamento eficiente e eficaz do autocuidado é preciso que se tenha um programa para hipertensos mais intenso e motivador, pois o autocuidado adequado requer interesse e comprometimento dos pacientes hipertensos e da colaboração dos profissionais de saúde, principalmente, dos enfermeiros. Acredito



que um dos maiores desafios para enfermagem é entender as necessidades de educação à saúde como componente especial e essencial do cuidado de enfermagem, estando relacionada à promoção, manutenção e restauração da saúde.

Espero que através das palestras realizadas, melhorar os níveis de adesão do hipertenso no planejamento de seu tratamento, dando-lhes mais responsabilidade por ele, o que possivelmente aumente seu cumprimento correto, a participação ativa no tratamento e a realização de mudanças no estilo de vida.

Diante dos futuros atendimentos espero a identificação da pressão arterial controlada dos hipertensos acompanhados no ESF 10 (pelo menos na maioria), a redução na incidência ou o retardamento na ocorrência de complicações e a melhoria da qualidade de vida, espero conscientizados sobre as consequências do não uso correto das medicações, sobre a importância de uma alimentação saudável, sobre a importância das consultas mensais na Unidade de Saúde e trabalhar mais com aqueles hipertensos que tem mais dificuldade na adesão terapêutica, hipertensos esses identificados através das oficinas realizadas. E ainda, a discussão de dúvidas e preocupações a respeito de seu problema com todos os envolvidos pode permitir a obtenção de melhores resultados da terapia recomendada.

Espero que essas oficinas oportunizem um auxílio no enfrentamento destas mudanças, especialmente no que se referem as equipes de saúde da família, que são peças fundamentais para a melhora dos índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, como também promover mudanças de comportamento que sejam benéficas para a saúde; da mesma sorte, aumentar as habilidades dos pacientes para tomar decisões e para adaptar-se a uma condição de saúde específica.

A intervenção é realizada por meio de palestras com os Hipertensos cadastrados e acompanhados no ESF, palestras estas que ratificam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão dos hipertensos. Logo, estabelecemos a data de início da primeira palestra (Julho de 2014), com dias e horários, de acordo com a disponibilidade dos hipertensos.

O planejamento e a realização das palestras com o grupo de hipertensos conta com a parceria dos ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeira e médico. A

etapa seguinte baseia-se na apresentação de palestras para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial, objetivando explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a adoção de estilos de vida mais saudáveis para eliminar os fatores de risco para esta doença.

### 3 IMPLANTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

No mês de junho foi organizada uma equipe multiprofissional para a ação educativa e o acompanhamento ambulatorial dos pacientes, composta pela técnica de enfermagem, enfermeiro, agentes comunitários da saúde e médico. Foram selecionados 90 usuários que aceitaram participar de forma voluntária da intervenção.

Durante este período os usuários participaram de ações educativas para conhecer mais sobre a doença, fatores de risco, suas complicações, os cuidados que devem ser tomados e os controles exigidos para estabilizar a doença. Eles foram orientados sobre a necessidade de adesão ao tratamento e receberam noções de nutrição, controle de estresse. Durante as intervenções, os usuários receberam conteúdos educativos sobre a hipertensão, fatores de risco e tratamento da doença.

As ações educativas sobre hipertensão foram baseadas na atenção farmacêutica, que visa à educação sobre o manejo da doença e principalmente a adesão ao tratamento medicamentoso. As estratégias cognitivas foram usadas como aliadas à promoção da alimentação e hábitos de vida mais saudáveis. Trabalhou-se com os participantes durante os encontros, valores nutricionais dos alimentos, assim como se explicou a importância de consumir a quantidade adequada de sódio, carboidratos e gordura presente nos alimentos que os participantes mais consumiam. Foi discutida a função de elementos que auxiliam no controle da pressão arterial.

Dos usuários incluídos no levantamento sobre grupos de idade e sexo são mostrados na **tabela 1** a qual mostra uma predominância na faixa etária entre 60 e mais anos, seguido por o grupo de 50 – 59 anos. Os resultados coincidem com aqueles encontrados por Marcoprito<sup>11</sup>, em seu estudo sobre os fatores de risco para doenças crônicas verificou que o maior número dos usuários hipertensos encontra-se na faixa etária de 60 anos acima. Nosso estudo tem alguma semelhança com estudos de Alvarez<sup>12</sup> e Selem<sup>19</sup>, que afirma que as pessoas com mais de 50 anos são mais propensos a sofrer de hipertensão. Farreras<sup>13</sup>, por sua vez, relata que a HAS aumenta progressivamente com a idade e pode atingir valores acima de 50%

entre os indivíduos de idade superior a 60 anos. Com relação a sexo, Observou-se que a maioria da população estudada é do sexo feminino, não entrando em contradição com os estudos realizados por Alvarez<sup>12</sup> e Selem<sup>19</sup>, quando diz que a maioria dos hipertensos são mulheres.

**Tabela 1. Distribuição do grupo de estudo segundo grupos de idade e sexo (variáveis demográficas), ESF 10, Planaltina GO. 2014.**

Grupos de Idades	Masculino		Feminino		Total	
	No	%	No	%	No	%
15 - 19 anos	0	0	0	0	0	0
20 - 39 anos	0	0	02	2,2	02	2,2
40 - 49 anos	02	2,2	05	5,6	07	7,8
50 - 59 anos	13	14,5	21	23,3	42	37,8
60 e mais anos	18	20,0	29	32,2	49	52,2
<b>Total</b>	33	36,7	57	63,3	90	100

**Fonte:** Prontuários e fichas.

**A tabela 2** mostra a distribuição dos pacientes de acordo com a raça, com predominância da negra segundo Farreras<sup>13</sup>, a frequência de HAS é maior na raça negra, bem como possui a tendência de sofrer de formas mais graves da doença, complicações de natureza vascular e morte. Alvarez<sup>12</sup>, em um estudo de intervenção em um consultório médico em 2006, também encontrou uma predominância de hipertensão na raça negra em relação à raça branca.

**Tabela 2. Distribuição dos usuarios de acordo com a idade e raça (variáveis demográficas), ESF 10, Planaltina GO. 2014.**

Grupo de idade	Raça									
	Branca		Negra		Parda		Amarela		Indígena	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 - 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 - 39 anos	0	0	1	1,1	1	1,1	0	0	0	0
40 - 49 anos	1	1,1	4	4,4	2	2,2	0	0	0	0
50 - 59 anos	7	7,7	20	22,2	15	16,6	0	0	0	0
60 e mais anos	6	6,6	25	27,7	18	20	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>15,5</b>	<b>50</b>	<b>55,5</b>	<b>36</b>	<b>40,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fonte: Prontuarios e Fichas.

Na **Tabela 3**, está relacionada ao estilo de vida, temos em primeiro lugar a dieta inadequada, presente em 72 pacientes (80%), alguns por desconhecimento e outros por irresponsabilidade, em segundo lugar a obesidade presente em 64 pacientes (72%), seguidos estes pela Dislipidemias com 43 pacientes (47,3%), Diabetes Mellitus e tabagismo, ambos com 31 pacientes (35,3%), a Utilização de bebida alcoólica não é um fator de risco no grupo de estudo já que só está presente em 29 pacientes (32,3%), nosso estudo coincide com a literatura consultada.<sup>12,13,14</sup>

Estudos realizados por Braunwald<sup>15</sup> mostraram a associação da hipertensão com obesidade, encontrada em 55,78% dos homens e 44,21% das mulheres.

Por sua parte, Quintana<sup>16</sup>, em um estudo realizado em 2006 encontrou uma alta prevalência de história familiar patológica de hipertensão na população estudada, fato que foi significativa. Embora este elemento, por si só não é decisivo,

sem criar as bases para que ao interagir outros fatores em conjunto predisponham ao desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica em um indivíduo já sensível do mesmo do ponto de vista da genética.

A prevalência da hipertensão arterial é maior em indivíduos com fatores de risco, elevando-se a incidência para 50% para aqueles que têm mais de 3 fatores de risco.<sup>20</sup>

**Tabela 3. Fatores de risco modificável presente na mostra do estúdio, antes da intervenção educativa, ESF 10, Planaltina GO. 2014.**

Fator de Risco	Categoria	No	%
Dieta Inadequada	Presente	72	80,0
	Ausente	18	20,0
Obesidade	Presente	64	72,0
	Ausente	26	28,8
Dislipidemias	Presente	43	47,3%
	Ausente	47	52,7%
Hiperglicemias	Presente	31	35,3%
	Ausente	59	64,7%
Tabagismo	Presente	31	35
	Ausente	59	64,7%
Utilização de bebida alcoólica	Presente	29	32,3%
	Ausente	61	67,7%

Fonte: Formulário e prontuários médicos.

Na **tabela 4** observamos que após intervenção educativa foram excelentes os resultados obtidos em quase todos os fatores estudados. Fomenta-se a mudança no estilo de vida como: diminuir de 80% aos 52% os pacientes com uma dieta inadequada, incorporar uma maior quantidade de pacientes na prática de exercícios físicos esperando que 50% abandonará o tabagismo, a dislipidemias Abaixo de 47,35 a 33,3%, a hiperglicemia de 33,3 % a 18,6% e a obesidade de 72,0 a 63,0%, a obesidade é um fator de risco a diminuir em longo prazo. Como se pode observar a mudança foi significativa.

**Tabela 4. Mostra a distribuição dos fatores de risco modificáveis, após intervenção educativa, ESF 10, Planaltina GO. 2014.**

Fator de Risco	Categoria	No	%
Dieta Inadequada	Presente	47	52,0
	Ausente	43	48,0
Obesidade	Presente	56	63,0
	Ausente	34	37,0
Dislipidemias	Presente	31	33,3%
	Ausente	5	66,7%
Hiperglicemias	Presente	16	18,6%
	Ausente	74	81,4%
Tabagismo	Presente	15	16,0
	Ausente	75	84,0%
Utilização de bebida alcoólica	Presente	29	32,3%
	Ausente	61	67,7%

Fonte: Formulário e prontuários médicos.

A **Tabela 5** mostra que, antes da intervenção a medição do nível de conhecimento era na maior parte ruim. Depois da realização das intervenções educativas as avaliações melhoraram consideravelmente. Não encontramos estudos de intervenção para realizar comparação de avaliação do conhecimento dos fatores de risco da hipertensão.

**Tabela 5. Conhecimento dos fatores de risco da hipertensão arterial em o grupo de estudo, ESF 10, Planaltina GO, 2014.**

	Nível de conhecimento dos fatores de riscos							
	Bom		Regular		Ruim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes	21	23.3	24	26.6	45	50.0	90	100

Depois	68	76.7	17	16.6	5	6.7	90	100
--------	----	------	----	------	---	-----	----	-----

Fonte: Própria

A respeito do conhecimento dos sintomas mais comum da doença, vale a pena mencionar que antes da realização das intervenções os resultados variaram entre bom e ruim. No entanto, após as ações realizadas 86.67 % dos usuários demonstraram conhecimento a respeito dos sinais, sintomas da doença, bem como as formas de prevenção e manutenção da saúde como mostra a **Tabela 6**.

Em uma intervenção educativa realizada no consultório do médico da família nº25 da zona norte da cidade de Sancti Spiritus, durante os meses de fevereiro a março de 2005 relatou que, antes de implementar o programa, apenas 5,7% dos pacientes não foi capaz de identificar os sintomas de hipertensão, que não coincide tanto com o presente estudo (13.33 %).

**Tabela 6. Conhecimento dos sintomas de hipertensão arterial em o grupo de estudo, ESF 10, Planaltina GO, 2014.**

	Nível de conhecimento dos sintomas.							
	Bom		Regular		Ruim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes	49	56.6	27	30.0	14	13.3	90	100
Depois	77	86.6	9	10,0	4	3.3	90	100

Fonte: Própria.

Na **tabela 7** refere-se ao conhecimento do tratamento da hipertensão.

Antes da intervenção educativa, a falta de conhecimento apresentada pelos participantes foi regular, no entanto, após a aplicação do pós-teste, foi verificado um aumento significativo de itens certos. Não coincidem com os resultados da pesquisa realizada com Garcia Roque.<sup>17</sup>



**Tabela 7. Conhecimento do tratamento para a hipertensão arterial, em o grupo de estudo, ESF 10, Planaltina GO, 2014.**

Nível de conhecimento do tratamento.								
	Bom		Regular		Ruim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes	24	26.6	36	40.0	30	33.4	90	100
Depois	69	76.6	18	20,1	3	3.3	90	100

Fonte: Própria.

As respostas sobre as características da dieta dos usuários hipertensos, como demonstrado na **tabela 8**, apresenta o nível de conhecimento dos usuários. Na primeira avaliação mais da metade reconheceu que deve comer alimentos com baixo teor de gordura e sal, que a gordura animal é prejudicial para o organismo o que coincide com o relato de Garcia Roque<sup>17</sup>, em sua intervenção educativa sobre hipertensão. Após a intervenção O conhecimento aumentou consideravelmente.

**Tabela 8. Conhecimento sobre a dieta do hipertenso no grupo de estudo, ESF 10, Planaltina GO, 2014.**

Nível de conhecimento da dieta.								
	Bom		Regular		Ruim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes	49	53.3	29	33.3	12	13.4	90	100
Depois	74	83.3	16	16.7	0	0	90	100

Fonte: Própria.

Os resultados refletidos na **tabela 8**, demonstram que antes da participação no pi, o conhecimento era regular, após a participação no mesmo, os resultados foram revertidos em 80% que afirmaram como bom, que coincide com o relatado por Garcia Roque.<sup>17</sup>

Castellanos<sup>18</sup>, em um estudo semelhante com um grupo de pacientes que sofrem de hipertensão, mais da metade dos pacientes incluídos afirmou que andar de bicicleta, praticar esportes sem um elevado nível de esforço, fazer caminhadas leves e andar de maneira passeio ajudou a combater a doença. Após o trabalho realizado os níveis de conhecimentos aumentaram para 84.2 %%, o que coincide com nossa investigação (80 %).

**Tabela 9. Conhecimento da importancia do exercício físico para melhorar a hipertensão arterial, em o grupo de estudo, ESF 10, Planaltina GO, 2014.**

	Nível de conhecimento do exercício físico.							
	Bom		Regular		Ruim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes	15	16.7	47	53.3	28	30.0	90	100
Depois	72	80.0	18	20.0	0	0	90	100

Fonte: Própria.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se que as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causando morte prematura e gerando grandes e subestimados efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, é necessário conferir ações efetivas, integradas, sustentáveis, longitudinais e baseadas em evidências para a prevenção e controle dessas enfermidades.

É preciso grande empenho por parte dos tomadores de decisão e dos líderes em saúde para superar esse desafio. Dentre os elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde, destaca-se a reorientação dos modelos antes voltados para problemas agudos no atendimento das condições crônicas, com ações que integrem a promoção da saúde e a prevenção primária dos fatores de risco. Sendo assim, novos estudos referentes às políticas e estratégias de prevenção de agravos das DCNT devem ser realizados, buscando avaliar periodicamente os resultados obtidos.

O tema sobre a hipertensão arterial foi muito importante para a população de minha área, conseguimos elevar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial em idosos. Passamos informação sobre o que é a hipertensão arterial, o tratamento, os sintomas e os fatores de risco associados, explicamos também a importância do tratamento e de efetuar a dieta conforme orientação do especialista e os benefícios dos exercícios físicos para os pacientes hipertensos.

Durante a intervenção foram avaliados 90 usuários no pré-teste e no pós-teste, não havendo evasão de participantes durante os encontros. Tiveram preferência os adultos hipertensos incluídos no estudo com mais de 60 anos, predominaram os usuários hipertensos do sexo feminino e o grupo etário de mais de 60 anos em ambos sexos.

O nível de informação sobre HAS antes da intervenção educativa era ruim, depois das ações educativas, passou para bom. A intervenção educativa aplicada foi eficaz no que se refere ao aumento do nível de conhecimento sobre a hipertensão, esperamos que possa interferir na mudança dos estilos de vida como dieta

inadequada, hipercolesterolêmica, tabagismo, obesidade e hiperglicemia em usuarios com HAS do ESF 10.

Outro aspecto a ser destacado sobre a permanência dos participantes nos encontros apoia a ideia de que aulas psicoeducativas combinadas com assuntos sobre hipertensão e cognição podem ser mais atraentes para os hipertensos, do que uma intervenção com foco exclusivo na doença. Outra vantagem do presente projeto é a priorização das atividades coletivas, como os grupos de hipertensos e as palestras informativas, com objetivo de aumentar adesão da equipe as ações preventivas destinadas a população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais de cunho prioritariamente curativo. Também se conseguiu uma infraestrutura de apoio para os grupos, que consistiu em uma sala reservada para discussão em grupos e exposições e demanda por consulta médica regular diminuiu, considerando os pacientes dos grupos controlados

Limitações do estudo atual incluem uma amostra relativamente pequena, e um número de sessões limitado frente à complexidade dos temas abordados. Para PI s futuros, sugere-se a replicação da metodologia do presente estudo, porém com uma intervenção mais prolongada e com avaliações de seguimento para detectar a manutenção dos ganhos documentados e possíveis alterações nas variáveis biológicas (medidas de PA sistólica e diastólica).

Temos uma equipe preparada e unida e estamos prontos para continuar realizando mais trabalhos deste tipo com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento de nossa população e estimulando a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e de bem estar geral.

Com o intuito de promover o permanente acompanhamento do Projeto de intervenção, da execução das ações, da avaliação dos resultados obtidos e do eventual redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas, serão utilizados dados tais como: através das consultas subsequentes; através dos resultados da PA dos hipertensos; nas visitas dos Agentes de saúde aos hipertensos e através das reuniões de equipe do USF.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Pierini J, Ângela MG. Revista Brasileira de Hipertensão VI de Hipertensão Diretrizes Brasileiras, Diagnóstico e Classificação. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.11-17, 2010. Fev.
2. Ordaz JC. A pressão arterial elevada: Epidemiologia. Fator de risco e doença. Carregando Com as doenças relacionadas; Júlio 2008 [citado 2011 Ene 4]
3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, 2002. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 11 jun. 2006.
4. Beevers G, Lip GYH, O'Brien E. Fisiopatología de la hipertensión arterial, adaptado de ABC de hipertensión. BMJ [serie en Internet]. 2001[citado 6 Feb 2010]; 232: 9126. Disponible: <http://www.saha.org/temas/fisiopatologia.htm>.
5. Sistema de Informação da Atenção Básica - Cadastramento Familiar  
URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>
6. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Junior D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de hipertenso: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1):59-65.
7. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica\ Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica à Saúde. Caderno de Atenção Básica – n 15 série A: Normas e Manuais Técnicos. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
8. Mano R. Tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. Manual da hipertensão arterial. 2010. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/Pag23.htm>.(12 janeiro. 2011).

9. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(2):259-72. Available from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm).
10. Santos, AA et al. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. 2010. Disponível em< <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>>. Acesso em 28 de agosto de 2011.
11. Marcoprito LF. Fatores de riscos para doenças na cidade de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2005; (5): 738-45.
12. Álvarez Miranda L, Pozo Madera E, Valle Hernández M, Peinado Morero M. Controle dos pacientes hipertensos. Área da saúde "Pedro Borrás". Rev Cubana Enf. 2003; 12 (5): 129-32.
13. Farreras R. Questões de medicina interna. 14 ed. Madrid: Elsevier; 2000. p 665-87.
14. Fernández Suárez F. Patologia da hipertensão arterial em pacientes idosos. Rev Cubana Enf. 2005; 15 (3): 169-73.
15. Braunwald E. Princípios de medicina interna. 11ª ed. México: Panamericana; 2003.
16. Quintana Reyes J. Caracterização dos idosos de uma área de saúde. Rev Cubana MedGen int. 2006; 17 (5): 13-5.
17. García Roque Y. Intervenção educativa sobre hipertensão arterial em pacientes geriátricos do consultório 40 da Policlínica Norte de Camaguey [tese]. Camagüey: Instituto Superior de Ciências Médicas Carlos J. Finlay; 2007.
18. Castellanos Áreas JA. Prevalência de hipertensão arterial em uma comunidade do município de Cárdenas. Rev Cubana MedGen int. 2002; 16 (2): 138-43.

19. Sellen Crombet J. Introdução Em: Hipertensão arterial. Diagnóstico, tratamento e controle. Havana: Félix Varela; 2002. p 334.

20. Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo, 2006.

## **I- Anexo**

### **Programação da intervenção educativa.**

**1ª Sessão:** Introdução. Apresentação da equipe e participantes. Realização de sondagem com os participantes, para saber o que sabem e o que gostariam de saber sobre hipertensão arterial.

**2ª Sessão:** Aula psicoeducativa. Conceito, Classificação e epidemiologia da HAS. Foram apresentados alguns exemplos do uso de imagens mentais com exercício de atenção visual. Os participantes tiveram que achar todos os quadros em uma folha com pequenas figuras geométricas.

**3ª Sessão:** Aula psicoeducativa. Principais fatores de risco da HAS, para que os usuários conheçam os diferentes fatores de risco, para que possam atuar sobre eles para prevenir a HAS.

**4ª Sessão:** Aula psicoeducativa. Importância do cumprimento do tratamento não farmacológico. A Hipertensão e a importância do exercício físico e da mudança do estilo de vida. Os participantes ouviram uma lista com vários hábitos de vida saudáveis, extraídas de uma revista sobre saúde, onde tiveram que decidir levantando a mão direita ou esquerda se era uma boa ou má notícia, respectivamente.

**5ª Sessão:** Aula psicoeducativa. Importância do cumprimento do tratamento farmacológico. Com apoio de um folheto educativo, e momentos de esclarecimentos de dúvidas sobre os fármacos, como seguir um tratamento adequado, a importância de auxílios externos (caixinhas de remédios, alarmes). Os participantes receberam cartões orientando-os a tomar os medicamentos anti-hipertensivos em um horário, específico.

**6ª Sessão:** Aula psicoeducativa: Último dia de atividades e encerramento das aulas. Principais complicações da HAS. Daí a importância do tratamento anti-hipertensivo e controle dos diferentes fatores de risco na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares, principalmente na prevenção de acidentes vasculares, insuficiência cardíaca e renal como as principais complicações da HAS.



## **APÊNDICE**

**Caro usuário:**

**Com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento com relação a prevenção e controle da hipertensão, preparamos ações educativas que atendam suas necessidades, pedimos sua colaboração. Os dados fornecidos por você serão processados pela equipe da USF. Agradecemos antecipadamente sua participação.**

**Formulário nº \_\_\_\_\_**

### **I- Dados pessoais:**

1.1. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

1.2. Sexo:

1.3. Raça:

1.4. Peso:

1.5. Altura:

1.6. IMC: \_\_\_\_\_; VN \_\_\_\_\_

1.7. Endereço?

### **II- Conhecimento sobre hipertensão arterial:**

**2. Marque com um X a alternativa que considerar verdadeira.**

2.1. História familiar de hipertensão arterial \_\_\_\_.

2.2. Hábitos tóxicos \_\_\_\_.

2.3 Obesidade \_\_\_\_.

2.4 Artrose \_\_\_\_.

2.5. Colesterol alto \_\_\_\_.

2.6. Anemia \_\_\_\_\_.

2.7. Estress \_\_\_\_\_.

2.8. Cardiopatias \_\_\_\_\_.

**3. Você sabe os sinais e sintomas de hipertensão arterial? Marca com um x:**

3.1 Dor de Cabeça \_\_\_\_ .

3.2 Rubor Facial \_\_\_\_.

3.3 Sede e fome \_\_\_\_.

3.4 Urinar muito \_\_\_\_.

3.5 Dor no Peito \_\_\_\_ .

3.6 Dor de estômago \_\_\_\_.

3.7 Zumbido no ouvido \_\_\_\_.

**4. O que deve fazer um paciente hipertenso com o tratamento? Marca com um x:**

4.1. Trocar o medicamento \_\_\_\_.

4.2. Suspende o medicamento se não tem sintomas \_\_\_\_.

4.3. Cumprir o tratamento diário indicado pelo médico \_\_\_\_.

4.4. Controlar com dieta se não tiver elevação da pressão arterial \_\_\_\_.

**5. A dieta do hipertenso exige: marca com um x:**

5.1. Comer com baixo nível de açúcar \_\_\_\_.

5.2. Comer só uma vez ao dia \_\_\_\_.

5.3. Comer com pouco sal e evitar gorduras \_\_\_\_.

5.4. O que você costuma comer?-----

**6. O que deve fazer um paciente hipertenso com relação ao exercício físico:  
marque com um x:**

6.1 Praticar exercício físico diariamente \_\_\_\_.

6.2 Não fazer exercício físico \_\_\_\_.

6.3 Realizar exercício físico intenso \_\_\_\_.

6.4 Praticar exercício físico coletivo supervisionado \_\_\_\_